



Department of Assessments
KSC-AS-0708
201 South Jackson St., Room 708
Seattle, WA 98104-3854
206-296-3920

Adultos mayores y personas con discapacidades
Reducción del impuesto sobre bienes inmuebles
Presente su solicitud al valuador del Condado de King según RCW 84.36
Para impuestos sobre bienes inmuebles a pagar en 2024
Se requieren documentos sobre sus ingresos de 2023

Ingreso combinado total (neto) máximo (2023) = \$84,000

1 - Tipo de solicitud (marque UNO o deje en blanco si se desconoce):

- Nueva (o fuera del programa por **más** de 1 año)
New (or off program for **more** than 1 year)
- Reincorporación (fuera del programa solo 1 año)
Reinstatement (only off program 1 year)
- Transferencia del lote _____ en el condado de _____.
Transfer from parcel # _____ in the county of _____
- Cambio de estatus:** Sobre el ingreso Cambio en el ingreso Estado civil Propiedad Ocupación
Status Change: Over income Change in income Marital status Ownership Occupancy

2 - Información del solicitante:

Nombre del solicitante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Applicant name: *Nombre* *Segundo nombre* *Apellido* **Date of Birth:**
First *Middle* *Last*

Cónyuge/pareja doméstica/coocupante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Spouse/domestic partner/Co-tenant: **Date of Birth:**
i Cocupante = copropietario que vive en el inmueble
Co-tenant = co-owner who lives on property

Soy: (marque la casilla apropiada a continuación):

I am: (check appropriate box):

- Casado(a) Viudo(a) (**incluir copia del acta de defunción**) Soltero(a)
Married Widowed (**include copy of death cert.**) Single
- Divorciado(a) o separado(a) legalmente (**copia del decreto, si lo tiene**)
Divorced/Legally separated (**copy of decree, if available**)

Dirección física: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____
Physical address: **City:** **Zip:**

Dirección postal (si es diferente de la dirección física): _____
Mailing address (if different than physical address):

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
City: **State:** **Zip:**

Teléfono de casa: _____ **Teléfono celular:** _____ **Correo electrónico:** _____
Home phone: **Cell phone:** **Email:**

3 - Edad/Discapacidad: (Se requiere una identificación, como una identificación estatal, licencia de conducir, pasaporte)

Yo tenía 61 años de edad o más el 31 de diciembre de 2023. **(Se requiere una copia de la identificación)**
I was 61 years of age or older on December 31, 2023. **(Copy of ID is required)**

Tengo menos de 61 años de edad, pero he recibido un aviso de determinación de discapacidad en vigor al 31 de diciembre de 2023. La fecha de vigencia de mi discapacidad es el: _____
Not 61, but I have received a disability determination notice effective prior to December 31, 2023. The effective date of my disability is:

(Incluya una copia de su carta de asignación de SSI, o un formulario de comprobante de discapacidad contestado por su médico).

(Include a copy of your SSI Award Letter, or Proof of Disability Form completed by your physician)

Tengo menos de 61 años de edad, pero soy un veterano con una evaluación de 80% de vinculación al servicio o con compensación a una tasa del 100% debido a una incapacidad vinculada con el servicio.

(Incluya una copia de su carta de compensación/asignación de la VA)

Not 61, but I am a veteran with an 80% service-connected evaluation or compensated at 100% rate due to service-connected disability. **(Include a copy of your VA Compensation/Award Letter)**

Tengo menos de 61 años de edad pero soy el cónyuge o pareja doméstica sobreviviente de una persona que previamente recibía esta exención y yo tenía al menos 57 años de edad el año en que mi cónyuge o pareja doméstica falleció.

Not 61, but I am the surviving spouse/domestic partner of a person who was previously receiving this exemption and I was at least 57 years of age in the year my spouse/domestic partner passed away.

4 - Información del inmueble:

N.º de cuenta del impuesto sobre inmuebles o del terreno: _____

Parcel or Property Tax Account Number:

Tipo de residencia: (seleccione uno):

Type of residence (Select one):

Residencia unifamiliar
Single-family residence

Una unidad de una edificación multifamiliar (dúplex o condominio)
Single unit of a multi-dwelling (duplex or condo)

Vivienda cooperativa
Co-op Housing

Casa móvil en un parque de casas móviles
Mobile Home in a mobile home park

Este inmueble está a nombre de un fideicomiso: No Sí, entregue una copia de su fideicomiso.

This property is in the name of a Trust: No Yes, please provide a copy of your Trust.

Utilizo mi residencia para fines comerciales: No Sí, escriba el área aprox. en pies cuadrados que usa

I use my residence for business: No con fines comerciales: _____ pies cuadrados.
Yes, please provide the approx. square footage of your home used for business: _____ sq ft.

Alquilo una parte de mi residencia: No Sí, escriba el área aprox. en pies cuadrados que usa para

I rent out a portion of my residence: No obtener ingresos por alquiler: _____ pies cuadrados.
Yes, please provide the approx. square footage of your home used for rental income: _____ sq ft.

5 - El rango de mis ingresos disponibles combinados (CDI) es de: **(marque una opción)**

\$72,001 - \$84,000

\$72,001 - \$84,000

\$60,001 - \$72,000

\$60,001 - \$72,000

\$60,000 o menos

At or below \$60,000

6 - Propiedad y ocupación del inmueble: Incluya una COPIA del título de COMPRA si se registró antes de 1992.

Marque una opción: Soy el propietario Tengo un arrendamiento de por vida
Check one: I am the owner I hold a lease for life

Tengo el usufructo vitalicio de esta residencia.
I hold a life estate for this residence.

Fecha de compra del inmueble: _____ Fecha de ocupación inicial del inmueble: _____
Date property purchased: _ Date property initially occupied: _

Ocupé la residencia:
I occupied the residence:

Más de 6 meses en el año pasado (2023). Menos de 6 meses en el año pasado (2023).
More than 6 months last year (2023). Less than 6 months last year (2023).

Poseo otro inmueble:
I own another property:

Sí No
Yes No

Si contestó que sí, en dónde: _____
If yes, where:

Ya he recibido una exención antes:
I have received an exemption before:

Sí No
Yes No

Si contestó que sí, cuándo: _____ dónde: _____
If yes, when: where: _

Vendí mi residencia anterior:
I sold my former residence:

Sí No
Yes No

Si contestó que sí, cuándo: _____
If yes, when:

Vendí otro inmueble en el año 2023.
I sold other property in the year 2023.

Sí No
Yes No

Si contestó que sí, en dónde: _____
If yes, where:

7 - Ingresos (disponibles combinados) – **Se requieren documentos de los ingresos de 2023**

CÁLCULO DEL INGRESO DISPONIBLE COMBINADO: Límite máximo de ingresos: \$84,000. Adjunte una copia de todos los documentos de las fuentes de ingresos (según se indica a continuación) de usted y su cónyuge/pareja doméstica o coocupante, junto con una declaración de impuestos del IRS completa (formulario 1040 y todos sus anexos, como 1, B, C, D, E, etc.), si presentó una declaración al IRS. Aunque debe divulgar TODAS sus fuentes de ingresos, no todas se incluyen en el cálculo final de los ingresos. **Todas las declaraciones de impuestos preparadas por usted DEBEN ser acompañadas por documentos de sustento (según lo indicado a continuación).**



Si no recibe ingresos, entregue documentos que muestren cómo paga sus gastos cotidianos incluyendo, entre otras cosas, sus estados de cuenta bancarios de enero a diciembre de 2023.

¿Está obligado a presentar una declaración de impuesto sobre la renta federal? Sí No

Are you required to file a federal income tax form?

Yes

No

Parte I - Hoja de cálculo de ingresos disponibles combinados Part I - Combined Disposable Income Worksheet	Ingresos de 2023 2023 Income
Sueldos devengados, salarios, propinas - (Formulario 1040, línea 1) – Adjuntar formulario(s) W-2 Earned wages, salaries, tips (Form 1040 line 1)– Attach Form(s) W-2	\$
Seguro social neto (después de deducir Medicare) - Adjuntar formulario SSA-1099 Net Social Security (after Medicare is deducted)– Attach Form SSA-1099	\$
Beneficios por discapacidad de la VA e ingresos por discapacidad – Adjuntar carta de asignación de la VA o SS VA Disability Benefit and/or Disability Income– Attach VA or SS Award Letter	\$
Ingresos por jubilación, pensión, anualidad - (Formulario 1040, línea 5a/5b) – Adjuntar formularios 1099-R Retirement, Pension, Annuity income (Form 1040 line 5a/5b)– Attach Forms 1099-R	\$
IRA (cantidad imponible) (Formulario 1040, línea 4b) – Adjuntar formularios 1099-R IRA (Taxable Amount) (Form 1040 line 4b)– Attach Forms 1099-R	\$
Compensación por desempleo – (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 7)– Adjuntar Anexo 1 y 1099-G Unemployment Compensation (Form 1040 Schedule 1-line 7)– Attach Schedule 1 and 1099-G	\$
Intereses y dividendos, imponibles y no imponibles – (Formulario 1040, líneas 2a, 2b y 3b) – Adjuntar formulario(s) 1099-INT y formulario(s) 1099-DIV Taxable & Non-Taxable Interest and/or Dividends - (Form 1040 lines 2a, 2b & 3b)– Attach Form(s) 1099-INT and Form(s) 1099-DIV	\$
Ingresos comerciales antes de la depreciación - (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 3) – Adjuntar Anexo 1 y C Business Income before depreciation - (Form 1040, Schedule 1-line 3)– Attach Schedule 1 and C	\$
Total de ganancias de capital NO deducir pérdidas (Formulario 1040, línea 7) – Adjuntar anexo D desglosado; de lo contrario, adjuntar todas las páginas del formulario 1099-B consolidado/compuesto de todas las cuentas Total Capital Gains. DO NOT deduct losses. (Form 1040 line 7)– Attach itemized Schedule D; otherwise, attach all pages of consolidated/composite 1099-B for all accounts	\$
Ingresos por alquileres antes de la depreciación - (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 5)– Adjuntar Anexos 1 y E Rental Income before depreciation - (Form 1040 Schedule 1-line 5)– Attach Scheduled 1 and E	\$
Ingresos por fideicomisos, sociedades, herencias o regalías Trust, Partnership, Estate or Royalty Income	\$
Bonos imponibles y no imponibles Taxable & Non-Taxable Bonds	\$

Parte I - Hoja de cálculo de ingresos disponibles combinados Part I - Combined Disposable Income Worksheet	Ingresos de 2023 2023 Income
Ganancias por juegos de azar – (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 8b) – Adjuntar Anexo 1 y formulario W2-G Gambling Winnings–(Form 1040 Schedule 1-line 8b)– Attach Schedule 1 and Form W2-G	\$
Asistencia pública y pensión conyugal recibidas – Adjuntar declaración de asignación Public Assistance and Alimony Received– Attach Award statement	\$
Dinero recibido de otro país – Adjuntar documentos comprobantes de ingresos Money received from another country– Attach proof of income docs	\$
Dinero recibido de familiares – Adjuntar carta o declaración del familiar Money received from family members– Attach letter or statement from family member	\$
Dinero devengado por el copropietario– Adjuntar copias censuradas de sus documentos de ingresos Money earned by co-owner– Attach redacted copies of their income documents	\$
Subtotal de ingresos de 2023: 2023 Income Subtotal:	\$

7 – Ingresos (continuación)

NOTA: de no adjuntar documentos comprobantes de ingresos antes indicados, o los estados de cuenta y las facturas pagadas por los gastos siguientes, se podría demorar el procesamiento de su solicitud o los gastos no se deducirán.



Deducciones: Incluya los importes pagados por usted y su cónyuge o pareja doméstica que NO fueron reembolsados por el seguro ni por otras organizaciones o proveedores. **Consulte la última página (4) para ver una explicación de las deducciones permisibles.**

Parte II – Gastos no reembolsados (DEDUCCIONES)

Part II – Non-Reimbursed Expenses (DEDUCTIONS)

Pagados en

2023

Paid in 2023

1. Casa de reposo, vida asistida u hogar familiar para adultos Nursing home, assisted living or adult family home	\$
2. Servicios de salud a domicilio Home health care	\$
3. Medicamentos recetados Prescription drugs	\$
4. Primas de seguro de las partes A, B, C y D de Medicare (no incluir si se dedujeron antes) Medicare parts A, B, C, D insurance premiums (that were not already deducted above)	\$
5. Primas de seguros suplementarios de Medicare Advantage/suplementarios/Medigap Medicare advantage/supplemental/Medigap insurance premiums	\$
6. Equipo médico duradero y equipos para mejorar la movilidad y prótesis Durable medical and mobility enhancing equipment and prosthetic devices	\$
7. Oxígeno recetado por un médico Medically prescribed oxygen	\$
8. Seguro de cuidado a largo plazo Long-term care insurance	\$
9. Importes de costos compartidos —adjunte un resumen de cobertura que identifique el importe de su desembolso personal máximo. Asegúrese de que tenga su nombre impreso. Cost-sharing amounts—attach a coverage summary that identifies the amount of out-of-pocket maximum. Make sure your name is printed on it.	\$
10. Nebulizadores Nebulizers	\$
11. Medicamentos de origen mineral, animal o botánico, que sean recetados, administrados o dispensados por un naturópata con licencia de Washington Medicines of mineral, animal and botanical origin prescribed, administered, dispensed by a naturopath licensed under Washington law	\$
12. Artículos de ostomía Ostomitic items	\$
13. Insulina para consumo humano Insulin for human use	\$

14. Dispositivos de diálisis renal Kidney dialysis devices	\$
15. Dispositivos desechables utilizados para administrar fármacos para uso en seres humanos Disposable devices used to deliver drugs for human use	\$
16. Ajustes a los ingresos (formulario 1040, línea 10 -> Anexo 1-Parte II-línea 26) Adjuntar Anexo 1-Partes I y II Adjustment to income (Form 1040 line 10-> Schedule 1 Part II line 26) Attach Schedule 1 Part I & II	\$
Total de deducciones de 2023 2023 Total Deductions	\$
(Su subtotal de ingresos - (menos) el total de deducciones) = INGRESOS TOTALES NETOS DE 2023 (Your Income Subtotal – (minus) the total deductions) = 2023 NET TOTAL INCOME	\$

Ingreso combinado total (neto) máximo (2023) = \$84,000

8 - Certificación /Firma:

Al firmar el presente formulario, confirmo que:

- He contestado la sección sobre ingresos de este formulario e incluido todos los comprobantes de ingresos.
- Entiendo que me corresponde la responsabilidad de notificar a la Oficina del Valuador del Condado de King si ocurre algún cambio en mis ingresos o mis circunstancias y que todas las exenciones que se concedan debido a información errónea están sujetas a que se aplique el impuesto correcto de los últimos cinco años, más una multa del 100%.
- Declaro bajo pena de perjurio que la información de este paquete de solicitud es verdadera y está completa.
- Solicito un reembolso según las disposiciones de RCW 84-69-020 por los impuestos pagados o sobrepagados por error, accidente o desconocimiento de la exención del pago de impuestos sobre inmuebles en los términos de RCW 84.36.381 a 389.



Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

i Si firma con poder notarial, debe adjuntar una copia del documento de poder notarial.

- i** Por motivos de seguridad, por favor **NO ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO** su información personal ni su solicitud a nuestra oficina.
- i** Es recomendable que censure (tache con marcador) su número de seguro social y todos los números de cuenta de sus documentos antes de enviarlos por correo a nuestra oficina.

Gastos y deducciones no reembolsados:

(explicados en el orden en el que aparecen en la hoja de cálculo de gastos de la Sección 5, Parte II, en la página 3)

1. **Escriba los gastos incurridos por concepto de casa de reposo, institución de vida asistida u hogar familiar para adultos.** Entregue copias de las facturas pagadas o de documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
2. **Escriba los gastos incurridos por servicios de salud a domicilio.** Los servicios de salud a domicilio son tratamientos o atención que reciba en su domicilio y que se asemeje al tipo de atención provista en el curso normal del tratamiento o la atención en una casa de reposo. Los proveedores de servicios de salud a domicilio no tienen que tener licencia para que el costo sea deducible según la disposición. **Los gastos elegibles pueden ser** fisioterapia recibida a domicilio, tratamientos o atención médica recibida a domicilio, cuidado de asistentes, labores domésticas ligeras, comidas a domicilio o alertas de emergencias. Entregue copias de las facturas pagadas o de documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
3. **Escriba los importes pagados por medicamentos recetados.** Entregue un estado de cuenta de su farmacia a fin de año, en el que se muestre lo que usted pagó de su bolsillo por medicamentos recetados no reembolsados.
4. **Escriba los importes pagados por las primas de seguro de las partes A, B, C o D de Medicare.** Entregue copias del formulario SSA-1099, facturas o documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
5. **Escriba los importes pagados por primas de seguros suplementarios de Medicare aprobados.** Entregue copias de estados de cuenta que identifiquen a la compañía de seguros, el número de plan y las primas pagadas.
6. **Escriba los importes pagados por equipo médico duradero, equipos para mejorar la movilidad y prótesis.** Los importes deducibles incluyen los pagados para su compra, alquiler, reparación, limpieza, refacciones, etc. **Consulte las tablas 1, 3 y 5 de WAC 458-20-18801 para ver los conceptos elegibles.** Entregue recibos o facturas por los importes escritos.
7. **Escriba los importes pagados por oxígeno recetado por un médico, incluyendo, entre otros conceptos, sistemas concentradores de oxígeno, sistemas de enriquecimiento de oxígeno, sistemas de oxígeno líquido y sistemas de oxígeno gaseoso embotellado recetados.** Entregue recibos o facturas pagadas por los importes escritos.
8. **Escriba los importes pagados por primas de seguros de cuidado a largo plazo.** Entregue facturas o documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
9. **Escriba el importe pagado por costos compartidos. Los importes por costos compartidos incluyen deducibles, coaseguros y copagos para afiliados a planes de salud; los importes que cuentan para el desembolso personal máximo de los planes.** Entregue un resumen de cobertura que identifique el importe del desembolso personal máximo que escribió. Asegúrese de que tenga su nombre impreso.
10. **Escriba los importes pagados por nebulizadores; un dispositivo, no un equipamiento de un edificio, que convierte un medicamento líquido en una niebla para que pueda inhalarse.** Entregue recibos o facturas pagadas por los importes escritos.
11. **Escriba los importes pagados por medicamentos de origen mineral, animal o botánico, que sean recetados, administrados o dispensados por un naturópata con licencia de Washington.** Entregue recibos o facturas pagadas por los importes escritos. Incluya una copia del plan de tratamiento y el nombre del naturópata y su número de licencia de Washington.

12. Escriba los importes pagados por artículos de ostomía: suministros médicos usados por pacientes de colostomía, ileostomía y urostomía, que incluyen bolsas, cinturones para sostener las bolsas, cinta adhesiva, tubos, adhesivos, desodorantes, jabones, jaleas, cremas, germicidas y otros suministros similares. **No incluye** ropa interior, cubiertas absorbentes y protectores para proteger la ropa interior, esponjas o cubiertas de caucho. Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
13. Escriba los importes pagados por insulina para consumo humano. Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
14. Escriba los importes pagados por dispositivos de diálisis renal. Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
15. Escriba los importes pagados por dispositivos desechables utilizados para administrar fármacos, como jeringas, tubos o catéteres. **No incluye** una base o dispositivo que sostenga los tubos o el catéter. Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
16. Ajustes a los ingresos. Consulte su formulario federal 1040, línea 10. Este importe debe tomarse del anexo 1 de su formulario 1040, Parte II, línea 26. Entregue una copia de su formulario 1040 completo, incluyendo el anexo 1.

Envíe su solicitud y los documentos censurados por correo a:

**Department of Assessments
KSC – AS – 0708
201 S. Jackson St., Room 708
Seattle, WA 98104**